



Céphalées et migraine Headaches and migraine

C. Le Jeunne

Service de médecine interne, département de thérapeutique, faculté de médecine Paris-Descartes, hôpital Hôtel-Dieu,
1, place du Parvis-de-Notre-Dame, 75004 Paris, France

ARTICLE INFO

Mots clés :

Migraine
Céphalées de tension
Sinusites
Otalgie

Keywords:

Migraine
Tension headaches
Sinusitis
Otagia

RÉSUMÉ

Une actualisation de la classification de l'International Headache Society en 2004 a permis d'affiner les critères diagnostiques des céphalées dont les plus fréquentes restent les céphalées de tension et les migraines. Le diagnostic est essentiellement clinique, les examens complémentaires de neuro-imagerie restant à demander en cas de céphalée d'apparition récente ou de modification des crises migraineuses. Compte tenu des topographies des migraines ou des céphalées de tension, quand leurs caractéristiques sont atypiques, l'hypothèse d'une étiologie otorhinolaryngologique est souvent évoquée. En cas de doute, un traitement d'épreuve par triptans peut être tenté.

© Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

A 2004 update of the International Headache Society classification refined the diagnostic criteria for headaches, the most frequent of which remain tension headaches and migraines. Diagnosis remains essentially clinical, while complementary neuroimaging tests are done on an on-request basis for newly appearing headaches or for changes in migraine episodes. Given the topographies of migraines and tension headaches, when their characteristics are atypical, the otolaryngological hypothesis is often suggested. If in doubt, a test treatment with triptans can be attempted.

© Publié par Elsevier Masson SAS.

La céphalée est un symptôme très fréquent, environ 70 % des gens se plaignent d'une céphalée au moins une fois dans leur vie. Dans la grande majorité des cas, le diagnostic étiologique d'une céphalée peut se faire à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les céphalées les plus fréquentes sont les céphalées de tension et les migraines qui souvent coexistent chez un même patient selon les périodes de la vie. La classification de l'International Headache Society (IHS) [1,2] publiée en 1988 et revue en 2004 a permis d'établir une grille de critères diagnostiques reconnus par l'ensemble

de la Communauté médicale internationale permettant d'identifier les diverses céphalées symptomatiques ou non, 14 rubriques ont ainsi été retenues (Tableau 1). Cette classification est essentiellement applicable aux céphalées de l'adulte et moins adaptée à celles de l'enfant. Elle se subdivise en trois parties :

- les céphalées dites primitives : les migraines, les céphalées de tension, les algies vasculaires et autres céphalées primitives ;
- les céphalées dites secondaires au nombre de huit grandes familles parmi lesquelles figurent les céphalées ou les douleurs de la face dues à une anomalie du crâne, de

Adresse e-mail : claire.le-jeunne@htd.aphp.fr (C. Le Jeunne)

Tableau 1 – Principales classification des céphalées (d'après la classification de l'International Headache Society 1988, revue en 2004)**A. Céphalées primitives**

- Migraine avec ou sans aura (groupe 1)
- Céphalées de tension (groupe 2)
- Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigéminales autonomiques (groupe 3)
- Autres céphalées primitives : Céphalées non associées à une lésion, telles que céphalées survenant au froid ou céphalées bénignes provoquées par le froid, la toux, l'effort, l'activité sexuelle, céphalée en coup de tonnerre (groupe 4)

B. Céphalées secondaires

- Céphalées post-traumatisme crânien ou cervical aiguës ou chroniques (groupe 5)
- Céphalées secondaires à une pathologie vasculaire, telles qu'hémorragie méningée, hématome intracrânien, malformation vasculaire, artérite, douleur de l'artère carotide ou de l'artère vertébrale, hypertension artérielle systémique, thrombose veineuse, (groupe 6)
- Céphalées secondaires à une pathologie intracrânienne non vasculaire, telles qu'hypertension intracrânienne, tumeur cérébrale, encéphalite inflammatoire, (groupe 7)
- Céphalées toxiques aiguës ou chroniques, par abus médicamenteux, céphalées de sevrage, (groupe 8)
- Céphalées en rapport avec un processus infectieux intracrânien : méningite, encéphalite, abcès, empyème ou extracéphaliques, infections virales ou bactériennes, (groupe 9)
- Céphalées secondaires à un trouble métabolique, telles qu'hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie, hypercalcémie, dialyse, HTA, jeun (groupe 10)
- Céphalée associée à une douleur de la face (dentaire, sinusienne, oculaire ou auriculaire) ou de la nuque (groupe 11)
- Céphalées associées à une maladie psychiatrique (groupe 12)

C. Névralgies crâniennes

- Céphalée associée à une névralgie faciale : trijumeau, glossopharyngien et autres algies en rapport avec une lésion d'un nerf facial (groupe 13)
- Céphalées inclassables (groupe 14)

la région cervicale, des yeux, des oreilles, du nez des sinus, des dents, de la bouche ou de toute autre structure du crâne ou de la face ;

- les névralgies crâniennes ou faciales primitives centrales ou périphériques et les céphalées mal classées.

Le problème qui se pose est de savoir reconnaître la nature de la céphalée dans l'objectif de proposer le meilleur traitement, soit traitement de la douleur spécifique du type de céphalées primitives, soit traitement de la cause, ce qui n'empêche pas de soulager la douleur.

1. Savoir identifier la nature de la céphalée

L'interrogatoire fait préciser : l'âge de début des céphalées, schématiquement après l'âge de 65 ans, le risque d'avoir une céphalée secondaire est dix fois plus élevé que chez le sujet jeune, et leur persistance dans le temps.

- La fréquence par mois ou par semaine, le caractère continu ou discontinu, la durée des crises.
- L'horaire de survenue (diurne ou nocturne).
- Les circonstances d'apparition.
- La localisation initiale et ses irradiations.
- Le type de la douleur, son intensité et sa durée.
- Son évolution vers l'aggravation ou le soulagement.
- Les facteurs aggravant ou soulageant ou déclenchant.
- Les signes associés (nausées, vomissements, photophobie, phonophobie, fièvre, troubles neurologiques...).
- Les traitements déjà pris pour soulager la céphalée ou en cours et leurs effets.

Cet interrogatoire doit être complété par un examen clinique recherchant notamment : des signes généraux, des signes de localisation neurologique, des troubles de la vigilance ou de l'orientation, des signes de confusion, des signes

d'irritation méningée, des anomalies du pouls et de la pression artérielle, un souffle artériel, une anomalie de la palpation des artères temporales, et bien sûr des anomalies de l'examen ORL, ophtalmologique ou stomatologique. Une fois ces données recueillies, le diagnostic étiologique est déjà fortement évoqué.

On éliminera les céphalées aiguës d'apparition récente et d'installation plus ou moins rapide, voire brutale chez un patient n'ayant jamais souffert de céphalée ou ayant déjà souffert de céphalées mais d'un autre type. Elles doivent faire l'objet d'investigations en urgence à la recherche d'une étiologie.

Les céphalées chroniques souvent primitives qu'elles soient épisodiques ou permanentes posent des problèmes différents essentiellement thérapeutiques et leur diagnostic est plus souvent possible après un interrogatoire et un examen clinique soigneux et complet. Quand l'examen clinique et les investigations complémentaires sont normaux et que la possibilité d'une céphalée symptomatique est écartée, le diagnostic de céphalée primaire est posé.

Les trois tableaux les plus fréquents sont la migraine et les céphalées de tension, l'algie vasculaire de la face fait l'objet d'un article à part.

2. Céphalées primitives

2.1. Migraine

2.1.1. La migraine sans aura (ou commune)

Elle est la plus fréquente des formes de migraine et survient surtout chez la femme (3/4). Il s'agit d'une maladie fréquente puisqu'elle touche 12 % de la population adulte française. Les critères diagnostiques de la migraine sans aura selon la clas-

sification de l'IHS sont résumés dans le Tableau 2. C'est un diagnostic clinique, toutes les explorations en dehors de la crise sont normales. Lorsqu'il s'agit d'un premier épisode le critère A ne peut s'appliquer, mais on peut vraisemblablement considérer comme migraineuse, une femme qui a eu moins de cinq crises dans sa vie si celles-ci sont typiques, qu'il y a des antécédents familiaux et que les céphalées sont influencées par le cycle hormonal. Le début d'une migraine a lieu en règle avant l'âge de 50 ans (98 % des cas) et toujours avant l'âge de 60 ans; il ne faut jamais poser un diagnostic de première crise de migraine chez un sujet âgé, sans aucun antécédent ni personnel ni familial de migraine, surtout si la première crise est précédée d'une aura.

La céphalée de la crise de migraine est d'installation progressive et atteint son paroxysme en deux à quatre heures, cela est plus difficile à préciser quand le début est nocturne. La durée de 4 à 72 heures sans traitement s'applique plus à l'adulte qu'à l'enfant dont les crises sont généralement plus courtes.

La topographie unilatérale est classique, mais la douleur peut être d'emblée ou rapidement diffuse. En revanche, le changement de côté de la céphalée d'une crise à l'autre est un bon signe d'absence de lésion organique. Son siège est majoritairement frontotemporal, décrit parfois comme rétro-orbitaire par les patients.

L'exacerbation de la douleur par les mouvements et notamment par la toux est caractéristique de la migraine. Le caractère pulsatile de la céphalée n'est pas toujours facile à exprimer par le patient.

Les troubles digestifs, nausées ou vomissements ne sont pas constants d'une crise à l'autre, et sont moins fréquents après quelques années d'évolution bien qu'ils fassent partie des critères majeurs de la classification de l'IHS, il en est de même pour la photophobie et la phonophobie; en cas d'absence de ces deux derniers critères, le diagnostic repose alors sur les autres critères, sur l'absence d'autre étiologie et sur l'existence de crises semblables antérieures.

L'examen neurologique est normal entre les crises.

Toute atypie dans les caractéristiques de la céphalée ou toute anomalie de l'examen clinique, en particulier neurologique doit faire rechercher une migraine symptomatique et doit faire pratiquer les explorations nécessaires, scanner cérébral ou mieux IRM principalement.

Les états de mal migraineux, lorsque la crise de migraine dure plus de 72 heures, sont rares et doivent faire rechercher une autre affection, mais sont reconnus par les critères IHS.

De même, la crise très forte, « la pire crise de ma vie », lorsque la céphalée est insupportable et résistante aux traitements habituellement efficaces, doit faire rechercher une autre cause, notamment une hémorragie méningée ou une rupture d'anévrisme avant de conclure à une migraine. Les patients migraineux sont en règle capables de distinguer la céphalée migraineuse d'une autre céphalée aiguë.

2.1.2. *Migraine avec aura*

Elle est plus rare, ses critères diagnostiques sont décrits dans la classification de l'IHS (Tableau 3). Les caractéristiques principales de l'aura sont : l'extension des signes progressivement de 5 à 20 minutes, la durée de moins de 60 minutes et la

Tableau 2 – Migraine sans aura, critères diagnostiques selon la classification de l'International Headache Society 2004

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B ou D
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)
- C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
 1. unilatérale
 2. pulsatile
 3. modérée ou sévère
 4. aggravée par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers
- D. Associé aux céphalées, au moins l'un des symptômes suivants :
 1. Nausées et/ou vomissements
 2. Photophobie et phonophobie
- E. Pas d'autres étiologies possibles

Tableau 3 – Migraine avec aura, critères diagnostiques selon la classification de l'International Headache Society 2004

- A. Au moins deux crises répondant aux critères B
- B. Aura ayant une des caractéristiques suivantes sans signe moteur :
 - Symptômes visuels totalement réversibles soit positifs : scotomes lumineux, scintillements... ou négatifs : amaurose transitoire partielle ou totale
 - Symptômes sensoriels totalement réversibles soit en plus : fourmillements, brûlures, soit en moins : paresthésies engourdissements
 1. Aphasie ou autres troubles du langage transitoires et totalement réversibles
- C. Au moins deux des caractéristiques suivantes :
 1. signes visuels homonymes
 2. Le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de cinq minutes et en cas de deux ou plusieurs symptômes, ils surviennent successivement
 3. La durée de chacun des symptômes de l'aura n'excède pas 60 minutes. S'il y a plusieurs symptômes, la durée acceptée est augmentée en conséquence.
- D. La céphalée qui a les caractéristiques de la migraine sans aura, fait suite à l'aura après un intervalle libre de moins de 60 minutes, mais peut parfois commencer avant l'aura ou lui être contemporaine.
- E. Il n'y a pas d'autre étiologie pouvant expliquer ce phénomène

parfaite réversibilité. Plusieurs auras peuvent se succéder dans le temps. La céphalée habituellement suit l'aura, mais elle peut la précéder ou être contemporaine. Les auras les plus fréquentes sont les auras visuelles et peuvent être isolées (classique migraine ophtalmique), en revanche les autres auras sensitives, aphasiques et motrices sont pratiquement toujours associées à des auras visuelles. Un même patient peut avoir tantôt des crises avec aura, tantôt des crises sans aura.

Si l'aura est atypique dans sa description, dans son mode d'installation ou dans sa durée, ou s'il existe une anomalie à l'examen neurologique, il faut envisager deux autres diagnostics les plus fréquents : l'accident ischémique transitoire et la

crise d'épilepsie partielle. Dans l'accident vasculaire, il existe un déficit focal associé et les symptômes apparaissent de façon concomitante. Dans la crise d'épilepsie, l'installation des signes est lente ; les investigations appropriées en feront le diagnostic (scanner cérébral, EEG).

Les critères de l'IHS ne précisent pas que la migraine avec aura débute pratiquement toujours avant l'âge de 60 ans, que lorsque l'aura n'est pas suivie d'une céphalée, il faut éliminer un accident ischémique transitoire surtout si le patient a plus de 40 ans, qu'il a des facteurs de risque cardiovasculaire et qu'il s'agit du premier épisode.

Les très rares migraines avec aura prolongée (durée de plus de 60 minutes, mais de moins de sept jours), doivent faire éliminer d'autres étiologies notamment un accident vasculaire ischémique constitué ou un ictus.

2.2. Céphalées de tension

Les céphalées de tension quelles que soient leurs fréquences représentent la catégorie de céphalées la plus fréquente et concernent 30 à 78 % de la population.

Les *céphalées de tension* sont des épisodes récurrents de céphalées durant de quelques minutes à quelques jours souvent rencontrées chez des sujets antérieurement ou encore migraineux (Tableau 4). La douleur est plus diffuse, bilatérale, continue, moins pulsatile, à type de pression ou de serrement, d'intensité légère à modérée, avec peu ou pas de signes digestifs mais la photophobie et la phonophobie peuvent être présentes. Elles sont épisodiques quand le nombre de jours de céphalées est inférieur à 180 par an, soit moins de 15 jours par mois. Le diagnostic est fait à partir de l'interrogatoire et après s'être assuré de la normalité de l'examen clinique, en particulier neurologique. Le critère A de la classification de l'IHS qui exige au moins dix épisodes n'est pas toujours applicable, le diagnostic est fait alors sur l'histoire clinique, les caractéristiques de la céphalée, la disparition habituelle pendant la nuit,

Tableau 4 – Critères diagnostiques des céphalées de tension épisodiques, selon la classification de l'IHS

- A. Au moins dix épisodes de céphalées remplissant les critères B à D. Nombre de jours inférieur à 180 par an (moins de 15 par mois).
- B. Céphalées durant de 30 minutes à 7 jours.
- C. La douleur comporte au moins deux des caractéristiques suivantes :
 1. à type de pression ou de serrement (non pulsatile)
 2. légère ou modérée (peut gêner les activités mais non les empêcher)
 3. localisation bilatérale
 4. pas d'aggravation lors des activités physiques de routine
- D. Les deux caractères suivants :
 1. pas de nausée ou de vomissement
 2. la photophobie et la phonophobie sont absentes ou seule l'une d'entre elles est présente
- E. Il n'y a pas d'autre étiologie pouvant expliquer ce phénomène

Les céphalées de tension chroniques surviennent plus de 15 jours par mois depuis au moins trois mois et ont toutes les autres caractéristiques décrites ci-dessus.

l'absence d'événement déclenchant identifié, l'aggravation pendant les périodes de stress, l'association à un contexte anxieux et/ou dépressif et surtout la normalité de l'examen clinique.

La plus fréquente des céphalées chroniques est la *céphalée de tension* (antérieurement céphalée chronique idiopathique ou psychogène) dont les critères sont semblables à ceux des céphalées de tension épisodiques, mais avec une fréquence d'au moins 15 jours par mois pendant six mois ou plus. Très souvent, elles succèdent à des céphalées épisodiques et sont aggravées par la prise répétée d'antalgiques ou d'anti-migraigneux. La chronicité des céphalées, leur ancienneté, la constance de leurs caractéristiques, la normalité de l'examen neurologique, rendent le diagnostic relativement simple. Le seul problème est souvent de distinguer chez un migraineux ce qui revient à la migraine, à la céphalée de tension et à un éventuel abus médicamenteux.

3. Erreurs diagnostiques possibles : les douleurs de la sphère ORL

Compte tenu des topographies antérieures frontales, temporales, rétro- ou péri-orbitaires des migraines ou des céphalées de tension, quand leurs caractéristiques sont atypiques, l'hypothèse d'une maladie ophtalmologique ou otorhinolaryngologique est souvent évoquée, et les patients sont souvent adressés en consultation spécialisée par des ORL ou des ophtalmologistes.

La douleur est le motif de consultation le plus fréquent en urgence en ORL [3], ce qui s'explique par la richesse de l'innervation et de la vascularisation de la face.

3.1. Ootalgies

Il n'y a de démonstration qu'en cas de pathologie de l'oreille, il peut y avoir une céphalée sans otalgie. À l'inverse, 50 % des otalgies sont des douleurs projetées provenant des fibres des V, IX et X^{es} paires crâniennes, elles donnent des douleurs du conduit auditif, du tympan ou de l'oreille moyenne avec un examen clinique normal. C'est la normalité de l'examen clinique devant une otalgie qui doit faire évoquer cette possibilité [2].

3.2. Céphalées des rhinopharyngites

Elles sont définies comme des céphalées frontales associées à un point douloureux d'au moins une des régions de la face, des dents ou des oreilles.

L'examen clinique et les différentes imageries permettent de porter un diagnostic, en général la céphalée est contemporaine des signes infectieux et disparaît avec le traitement de l'épisode aigu.

Il est important de souligner qu'une sinusite chronique ne donne pas de céphalée aiguë à moins qu'il y ait une exacerbation. La Société internationale des céphalées ne reconnaît pas comme cause de céphalée chronique faute de preuve : la déviation de la cloison nasale, l'hypertrophie des cornets, l'atrophie des sinus et l'épine irritative de la muqueuse.

3.3. Douleurs sinusiennes

La migraine et la céphalée de tension sont souvent prises pour des céphalées d'origine sinusienne du fait de la communauté de topographie. Certains patients ont toutes les caractéristiques de la migraine commune associées à des douleurs de la face, une sensation de nez bouché, ces crises étant déclenchées par le changement de climat [4]. Le plus souvent, ils n'ont pas de rhinite purulente, ni d'autres signes évocateurs de sinusite aiguë. Il s'agit d'authentiques migraines avec des signes sympathiques d'accompagnement (nez bouché, larmoiement...) pouvant être déclenchées par des modifications de la muqueuse nasale. Il faut éviter de donner des antibiotiques à ces patients qui pensent que leur sinusite a guéri et qui lors de la prochaine crise reprennent des antibiotiques. Un traitement oral par un antimigraineux spécifique de la famille des triptans (sumatriptan, zolmitriptan, eletriptan, almotriptan, frovatriptan) peut en cas d'efficacité permettre de redresser le diagnostic et d'éviter des traitements inadaptés [5].

D'une manière générale, il est admis que des douleurs sinusiennes récurrentes en l'absence des signes suivants : écoulement purulent, congestion nasale et fièvre relèvent d'une maladie migraineuse et non d'une affection sinusienne.

À part le cas des sinusites sphénoïdales qui représentent 3 % de toutes les sinusites, cette topographie est plus difficilement accessible à l'examen, la céphalée est toujours présente, elle augmente avec la mobilisation de la tête notamment la position penchée en avant. La topographie de la céphalée peut être frontale ou temporale, voire périorbitaire. Elle peut s'accompagner de nausée ou de vomissements alors même que l'écoulement purulent n'est pas présent. Chez quelqu'un qui n'a aucun antécédent de céphalées et dont la tendance est à l'aggravation, il faut savoir évoquer ce diagnostic et faire réaliser une imagerie qui permettra de redresser le diagnostic.

3.4. Douleurs de l'articulation temporomaxillaire [6]

Le syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM) peut se manifester par des douleurs hémifaciales parfois très vives.

Le diagnostic peut être évoqué chez une femme devant une douleur paroxystique en regard de l'articulation, déclenchée par la mastication, cette douleur est retrouvée par la pal-

pation appuyée de l'articulation lors de l'ouverture de la bouche, l'existence de craquements articulaires lors de la mobilisation mandibulaire, la limitation de l'ouverture avec un ressaut articulaire.

4. Conclusion

La fréquence des céphalées de tension et de la maladie migraineuse dans la population générale fait qu'il est important de connaître leurs critères de définition afin que dans les situations moins typiques (douleur frontale, nez bouché), des patients ne soient pas inutilement traités pour des sinusites ou des rhinites allergiques qui n'en sont pas. La récurrence périodique des crises, avec un facteur déclenchant qui peut être un changement de temps, la normalité des examens complémentaires, et l'absence de signes infectieux sont autant d'éléments qui plaident pour une migraine surtout si la pathologie survient chez une femme et que la période des règles est en cause dans la survenue d'une crise. Un traitement d'épreuve par des antimigraineux de type triptans est alors important, permettant de conforter le diagnostic en cas de besoin.

R É F É R E N C E S

- [1] Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia*. 1988; 8 (Suppl 7):1-96.
- [2] International Classification of Headache disorders second edition: *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): S1-S151.
- [3] Timsit CA, Bouchène K, Olfatpour B, et al. Étude épidémiologique et clinique de 20 563 patients accueillis à la grande garde d'urgences ORL adulte de l'Île-de-France. *Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac.* 2001; 118: 215-24.
- [4] Silberstein SD, Willcox TO. Nasal disease and sinus headache. In: Wolff's headache and other head pain, Editor Oxford University Press 2001, pp. 494-508.
- [5] Massiou H. Diagnostic Différentiel. In: La migraine, John Libbey Editor, Paris, 1998 pp. 61-72.
- [6] Tran Ba Huy P. Conduite à tenir en urgence face à une douleur aiguë de la sphère ORL. In: Les urgences en ORL. Rapport de la Société française d'ORL éditeur 2002 pp. 431-46.